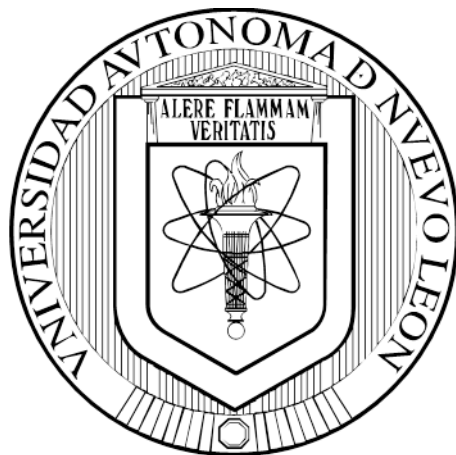


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE MEDICINA



**ADHESIÓN AL TRATAMIENTO EN PACIENTES PSIQUIÁTRICOS EN EL
HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ”
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN, DURANTE LOS AÑOS
2015 AL 2017.**

POR

LIC. NANCY BELINDA MORENO CÁRDENAS

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA CLÍNICA Y HOSPITALARIA**

SEPTIEMBRE, 2019

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE MEDICINA**



**ADHESIÓN AL TRATAMIENTO EN PACIENTES PSIQUIÁTRICOS EN EL
HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ”
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN, DURANTE LOS AÑOS
2015 AL 2017.**

POR

LIC. NANCY BELINDA MORENO CÁRDENAS

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA CLÍNICA Y HOSPITALARIA**

SEPTIEMBRE, 2019

Adhesión al tratamiento en pacientes
psiquiátricos en el Hospital Universitario
"Dr. José Eleuterio González" Universidad
Autónoma de Nuevo León, durante los
años 2015 al 2017.

Aprobación de tesis:


Dr. med. Erasmo Saucedo Uribe

Director de Tesis




Dr. Francisco Javier Rodriguez Lara

Miembro de tesis



Dra. med. Myrthala Juárez Treviño

Miembro de tesis



Dr. med. Felipe Arturo Morales Martínez

Subdirector de Estudios de Postgrado



Dedicatoria

El presente trabajo está dedicado a mi familia por haber sido mi apoyo a lo largo de toda mi carrera y a lo largo de mi vida. A todas las personas especiales que me acompañaron en esta etapa, aportando a mi formación tanto profesional y como ser humano.

Agradecimientos

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento al Dr. med. Erasmo Saucedo Asesor de mi tesis. Así como al personal del Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario por permitir que mi proyecto se hiciera realidad.

Asimismo, al estudiante Misael Reyes, quien con mucho mérito se esforzó para desarrollar este estudio.

A mi familia por el apoyo moral que siempre me ha brindado y a todas las personas que contribuyeron de una forma u otra en la realización de este trabajo.

Tabla de contenido

Resumen	5
Antecedentes	6
Introducción	6
Adherencia al tratamiento	8
Servicios del departamento de Psiquiatría	12
Originalidad	14
Justificación	15
Objetivo General	16
Objetivo(s) particular(es)	16
Hipótesis de trabajo	17
Hipótesis	17
Hipótesis nula	17
Diseño general del estudio	18
Metodología	19
Determinación del tamaño de la muestra	19
Procedimiento	19
Análisis de datos	22
Criterios de inclusión	23
Criterios de exclusión	24
Demográficos	25
Resultados	25
Diagnósticos	26
Adherencia	30
Discusión	39
Conclusión	43
Limitaciones	44
Aspectos Éticos	45
Precauciones para garantizar la seguridad de los sujetos en el Estudio	45
Responsabilidades del Investigador	46

Privacidad de los datos personales	46
Bibliografía	47
RESUMEN AUTOBIOGRAFICO.....	50

Lista de tablas

Tabla 1.- Ejemplo de obtencion de adherencia	22
Tabla 2.- Edad.....	26
Tabla 3 Genero	26
Tabla 4.- Genero por modalidad	27
Tabla 5.-Diagnostico psiquiatrico	27
Tabla 6.- Diagnostico por modalidad.....	29
Tabla 7. Media de adherencia.....	31
Tabla 8.- Pos HOC.....	32
Tabla 9.- Dicotomizacion.....	33
Tabla 10.- Adhesion por genero.....	34
Tabla 11.- Rango de edad por Adhesion	34
Tabla 12.- Dicotomizacion por modalidad	35
Tabla 13.- Diagnostico por adhesion.....	36
Tabla 14.- Cantidad de citas por modalidad.....	38
Tabla 15.- Cantidad de meses	39

Resumen

La adherencia al tratamiento se ha posicionado como un problema de salud pública y, como indica la OMS, las intervenciones para destruir las barreras y estigmas sobre adherencia terapéutica deben volverse un componente principal de los esfuerzos para mejorar la salud física y mental de la población, lo cual requiere un enfoque multidisciplinario.

La carencia de apego terapéutico, como herramienta, puede utilizarse para considerar la magnitud con la que el paciente sigue o no instrucciones médicas. Esto puede ser relacionado a la negación de un diagnóstico, cuando el seguimiento del paciente es negativo el pronóstico tiende a empeorar y derivar peores resultados de los que se esperaban en un principio.

En el presente trabajo se llevó a cabo una comparación de la adhesión al tratamiento psiquiátrico en los pacientes post internados, de consulta externa y equipo de evaluación del servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario. Para la realización de este trabajo se tomaron las bases de datos de internamiento, equipos de evaluación y consulta externa, dentro del periodo de 2015-2017 y realizando un porcentaje de apego tomando en cuenta las consultas establecidas en el periodo de tiempo, con el fin de obtener el apego de cada paciente.

Es de gran importancia remarcar que, en adherencia terapéutica, la evaluación de asistencia es inherente a la propia atención como un todo indisoluble, tal como menciona el autor Sirvent (2009). Se observa que en población psiquiátrica la tasa de adherencia al tratamiento es muy baja y que incluso es de las especialidades médicas en las que existe menor probabilidad de adherirse.

Fue de gran importancia estudiar sobre las distintas modalidades que se encuentran en el Departamento de Psiquiatría y agregar la variable de adherencia al tratamiento, debido a que se invierten recursos económicos y humanos para poder brindar el mejor servicio, si existen alternativas para poder mejorar debemos tomarlas.

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'E' and 'S' intertwined, positioned above a horizontal line.

Dr. Erasmo Saucedo Uribe

Director de tesis

Introducción

Antecedentes

Salinas et al. (2012) explican que, según las patologías estudiadas, se demostró que la variabilidad en el cumplimiento del tratamiento es significativa observándose 75% de incumplimiento en enfermedad psiquiátrica, 70% en asmáticos, 50% en hipertensos, diabéticos y dislipémicos, 30-40% en patología aguda. Asimismo, en una investigación realizada en Brasil por Cardoso et al. (2011) identificaron el grado de adhesión al tratamiento psicofarmacológico de los pacientes egresados del internamiento psiquiátrico y evaluaron su conocimiento en cuanto a su prescripción y diagnóstico. La muestra incluyó 48 pacientes que tuvieran un alta del internamiento psiquiátrico y se les aplicó un Cuestionario sociodemográfico y la prueba de adhesión de Morisky- Green. Esta última siendo una escala que mide la adherencia al tratamiento y permite clasificar a los pacientes entre pacientes cumplidores y no cumplidores. De los pacientes evaluados 70.8% fueron clasificados con bajo grado de adhesión al tratamiento psicofarmacológico. En la misma línea un meta análisis realizado en Estados Unidos por Haynes et al. (2002) reportaron que los pacientes que se adhieren más al tratamiento han informado un mejor funcionamiento psicológico, una mejor calidad de vida y una tasa de re-hospitalización 50% más baja. Las altas tasas de incumplimiento también se asocian con trastornos crónicos de salud mental. Se notificaron tasas del 30-60% en adultos con una tasa de interrupción del tratamiento del 40% dentro de las 12 semanas. De manera similar, casi la mitad de los adolescentes (49.5%) informaron bajas tasas de adherencia.

En la población mexicana, un estudio realizado por la Universidad Autónoma de México por Salinas y Galán (2014) se documentó la permanencia en el tratamiento. Se analizaron 314 expedientes clínicos. Los resultados revelaron un porcentaje acumulativo de abandono del tratamiento superior a 70% sin tendencias atribuibles a edad, sexo o residencia. Es alto en número la cantidad de pacientes que no se adhieren al tratamiento. Por lo cual analizará en el siguiente estudio que factores interviene con el apego, para que como

institución educativa se analizan los datos para que se puedan optimizar recursos humanos y económico

Adherencia al tratamiento

Comencemos por describir lo que es la adherencia terapéutica. Existen distintas definiciones, pero en la actualidad la más aceptada y estudiada es según Sacketty Haynes citado en la investigación de Buchanan (1992), quienes la definen como el grado de coincidencia del comportamiento de un paciente en relación con los medicamentos que ha de tomar, el seguimiento de una dieta o los cambios que ha de hacer en su estilo de vida, con las recomendaciones de los profesionales de la salud que le atienden. Al seguir estos pasos es posible asegurar el cumplimiento.

Buchanan clasifica la adherencia en tres niveles: reducida, parcial y elevada; el primero, cuando el cumplimiento es mínimo del 25% del tratamiento; el siguiente, se define cuando el cumplimiento se lleva a cabo entre el 25 y 75%; y el ultimo, es cuando el cumplimiento se sitúa en un 75% superior. La Organización Mundial de la Salud (2017) define la adherencia al tratamiento como el cumplimiento del mismo; es decir, tomar el medicamento en dosis correctas de la receta prescrita; y la persistencia, que es tomar la medicación a lo largo del tiempo. Solamente el 50% de los pacientes crónicos en países desarrollados se adhieren al tratamiento.

La adherencia al tratamiento se ha posicionado como un problema de salud pública y, como indica la OMS, las intervenciones para destruir las barreras y estigmas sobre adherencia terapéutica deben volverse un componente principal de los esfuerzos para mejorar la salud física y mental de la población, lo cual requiere un enfoque multidisciplinario.

Según McNicholas (2012) la principal causa que no permite obtener todos los beneficios de un tratamiento médico de cualquier enfermedad se debe a la falta de concordancia y cumplimiento. La carencia de apego terapéutico, como herramienta, puede utilizarse para considerar la magnitud con la que el paciente sigue o no instrucciones médicas. Esto puede ser relacionado a la negación de un diagnóstico o su incidencia de este; cuando el seguimiento del paciente es negativo el pronóstico tiende a empeorar y derivar peores resultados de los que se esperaban en un principio.

Centrándonos en enfermedades psiquiátricas, un objetivo de la adhesión, entre otros, es posibilitar que el tratamiento psicofarmacológico auxilie en el control de los síntomas psiquiátricos, haciendo posible un mejor manejo de la enfermedad, minimizar el riesgo de recaídas y necesidad numerosos internamientos psiquiátricos consecutivos. Cardoso et al. (2011) describen que de las personas con trastornos mentales se ha observado que un 50% no se adhieren al tratamiento, teniendo como consecuencia numerosos estigmas, haciendo aún más difícil el tratamiento terapéutico y psicosocial. La falta de interacción entre el equipo de salud con el paciente y, a su vez, su reintegración e inclusión social pueden verse perjudicadas también.

Velázquez et al. (2013) explican que una desventaja es que gran parte de la población no está cubierta por los servicios de salud y los que lo tienen, no necesariamente se benefician de ellos. Esta falta de apego al tratamiento, como se ha descrito es uno de los problemas más importantes y que impacta a la mayoría de los pacientes del sector salud. Pero si se analizan los recursos utilizados, desde los materiales hasta los salarios del personal esto se hace evidente que puede ser un problema en parte del paciente tanto como de cualquier trabajador en el ámbito de la salud).

Una forma de clasificar la falta de adherencia terapéutica es en primaria, que se refiere a una prescripción que no llega a retirarse de la farmacia. Y

secundaria, que incluye alteración en la dosis correcta, cambio en los intervalos de dosificación, olvido en la administración del fármaco o aumento en la frecuencia de dosis y suspensión del tratamiento antes del tiempo recomendado tal como lo explican Álvarez et al. (2017).

Salinas y Galán (2012) describen los siguientes factores de riesgo: Antecedentes de abandono, antecedentes de mala respuesta subjetiva por efectos adversos, ausencia de acuerdo explícito, mala evolución, ausencia de control externo ausencia de la enfermedad, baja adherencia a las expectativas terapéutica, consumo de sustancias ilícitas, acatisia, embotamiento y aumento de peso.

Como se ha mencionado, el abandono de un tratamiento no solo incluye un desperdicio de recursos, sino un riesgo de recaídas consecutivas que pueden llevar a la disfuncionalidad que progresivamente incapacita. Cardoso et al. (2011) agregan que debido a esto es de gran importancia la planeación e instrumentación de intervenciones terapéuticas que se basan en que un tratamiento surte efecto sólo cuando se le instrumenta con atingencia y continuidad sin interrumpirse hasta que los indicadores de restablecimiento y funcionalidad del paciente ameriten darle de alta. En general, el objetivo principal de un tratamiento es que restaure la funcionalidad del individuo y de las personas que le rodean. Este restablecimiento que depende de múltiples factores que están en constante interacción. Desde antecedentes interpersonales, hereditarios o clínicos del individuo y su familia, hasta la aplicación sistemática de procedimientos terapéuticos bien establecidos y seleccionados. Estos procedimientos también incluyen intervenciones de uso prescrito de medicamentos y aplicación de distintas intervenciones psicoterapéuticas. Desde los primeros estudios empíricos sobre la adherencia del paciente a finales de la década de los 60s, los investigadores han intentado evaluar, comprender, predecir y cambiar las respuestas de los pacientes al consejo médico porque se ha demostrado que la adherencia al tratamiento

mejora los resultados.

DiMatteo et al. (2002) explican que se espera que pacientes con buen conocimiento en relación con su enfermedad y tratamiento puedan tener mejoría significativa en la medida en que gradualmente aceptan y comprenden su situación, recursos y potencialidades. Se ha demostrado que la educación en salud también puede influenciar en el involucro de pacientes y sus familias

Servicios del departamento de Psiquiatría

El Hospital Psiquiátrico, durante un largo periodo histórico ha sido la institución básica de la asistencia psiquiátrica, social y profesionalmente aceptada para atender a pacientes con enfermedades mentales, así lo describen autores como López y Laviana (2006). Sin embargo, según Knox et al. (2011) cuando un sujeto comienza a desarrollar una serie de conductas incoherentes, inesperadas, perturbadoras o incluso incomprensibles para el resto de las personas, es necesaria su institucionalización. El paciente en esta situación es aquel que se da cuenta de que su capacidad de adaptación ha sido reducida a tal punto, que no puede manejar sus problemas sin ayuda profesional.

En Europa y en Estados Unidos a finales de 1950 comienza una metodología para la intervención asistencial y el cuidado de personas en centros residenciales dirigidos hacia distintos perfiles de trastornos mentales y problemas de comportamiento llamado Comunidad Terapéutica. Los pacientes participan de manera más activa en su proceso de recuperación. De acuerdo con esta ideología humanitaria el paciente debía residir y recibir su tratamiento no en instituciones sino en su propia comunidad.

En estudios realizados por Olivos et al. (1989) y Comas (2008) describen que en un internamiento son tomados en cuenta 3 sistemas: El individuo, que es el sistema personal; sus relaciones con otros, lo interpersonal y el ambiente

en el que vive. Referente a esto se podrá tomar en cuenta el desempeño del paciente en su internamiento.

En la actualidad además del internamiento, en el Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” cuenta con el servicio de consulta externa y los equipos de evaluación. La primera se les brinda a pacientes que presentan cuadros clínicos psiquiátricos de primera vez o ya en remisión. Ofreciendo diferentes terapias que se ajustan a las necesidades del paciente.

Por último, los equipos de evaluación se utilizan cuando se desconoce el diagnóstico de un paciente. Son realizadas por un equipo multidisciplinario y posteriormente son llevadas a discusión en un foro de expertos para la búsqueda de soluciones

Originalidad

En la actualidad no se puede establecer que intervención, si aislada o complementaria, es la más efectiva para que los pacientes se adhieran al tratamiento en el hospital, ya que los datos nacionales reportan que alrededor del 70% no se adhieren.

Justificación

La adherencia es una ventaja para realizar planes terapéuticos contextualizados para lograr una mejor adherencia al tratamiento. Se ha comprobado que una buena adherencia hace que la calidad de vida del paciente mejore. El tratamiento puede incluir internamiento psiquiátrico, consulta externa o equipo de evaluación.

Es de gran importancia valorar la trascendencia a la mala adherencia, ya que los distintos servicios que se ofrecen en el Departamento de Psiquiatría son de mucho valor, tanto humano como económico.

Como institución educativa se deben de optimizar los recursos y valorar realmente qué sucede con los pacientes. Se invierte mucho tiempo, distintos terapeutas y cuotas asignadas para que al final no haya sido beneficioso debido a la falta de adherencia al tratamiento.

Objetivo General

Comparar la adhesión al tratamiento psiquiátrico en pacientes post internados, de consulta externa y equipo de evaluación del servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” de la Universidad Autónoma de Nuevo León del año 2015 al 2017.

Objetivo(s) particular(es)

- Determinar perfil sociodemográfico de los pacientes.
- Determinar el perfil clínico-diagnóstico de los pacientes.
- Determinar el tiempo que el paciente duró en el internamiento.
- Determinar el tiempo que el paciente dura en consulta externa.
- Determinar el tiempo que el paciente dura en consulta externa después del equipo de evaluación. Segmentar la población según grupo (post internamiento, consulta externa y equipos de evaluación del servicio) y contrastar los resultados número total de pacientes que estuvieron hospitalizados del año

Hipótesis

Hipótesis del trabajo

El internamiento psiquiátrico, consulta externa y equipo de evaluación tienen el mismo efecto de adherencia al tratamiento reflejado en la asistencia de consultas de seguimiento.

Hipótesis nula

En el internamiento psiquiátrico, consulta externa y equipo de evaluación no se ve el mismo efecto de adherencia al tratamiento reflejado en la asistencia de consultas de seguimiento.

Diseño general del estudio

Es un estudio:

- Longitudinal
- Observacional
- Retrospectivo
- Descriptivo
- Comparativo
- No ciego

Metodología

Determinación del tamaño de la muestra

Se utilizó una fórmula para el cálculo de una proporción de una población finita (11,813) con una confianza del 95%, con un valor de z de 1.96 bilateral y una precisión del 5%. Se seleccionaron aleatoriamente al menos 372 pacientes y al estratificar la muestra esta se comportó de la siguiente manera:

- Equipo de Evaluación= 4
- Internamiento= 7
- Consulta Externa= 364

Sin embargo, a fin de dar potencia a los grupos más pequeños estos serán estandarizados a una n mínima de 30 obteniendo la siguiente muestra:

- Equipo de Evaluación= 30
- Internamiento= 30
- Consulta Externa= 364

Por lo que se obtuvo una n total de 424 pacientes. Asimismo, se realizó un análisis estadístico descriptivo de la variable “adherencia” al tratamiento para poder calcular una prevalencia. Se reportó en tablas de frecuencias y porcentajes.

Procedimiento

El Departamento de Psiquiatría cuenta con bases de datos independientes por modalidad, las cuales contienen información de nuestra población acorde a las necesidades del personal. Como se mencionó anteriormente se tomará la información del período 2015 al 2017 en las tres bases. A continuación, se describe con que información cuenta cada una:

Internamiento

- : Registro
- Nombre
- Fecha ingreso

- Diagnóstico de Ingreso
*Se utiliza el DSM-V y CIE-10
- Sala (Agudos, Comunidad)
- Diagnóstico de egreso
- Fecha de egreso

Equipo de Evaluación:

- Registro
- Nombre
- Fecha de presentación
- Nombre del evaluado

Consulta Externa:

- Registro
- Nombre
- Edad
- Género
- Diagnóstico
*Se utiliza el DSM-V y CIE-10
- Modalidad
- Cantidad de pago
- **Asistencia (1= si, 2=no)**

Las bases de datos se están actualizando constantemente, sin embargo, la base en la cual se centró todo el estudio es en la de Consulta Externa. Todos los residentes y estudiantes semanalmente actualizan con distinta información, pero la que es de mayor relevancia es la asistencia de los pacientes. Se realizó una randomización de las tres bases de datos con el fin de obtener una muestra heterogénea con las citas obtenidas durante el periodo de tiempo que acudió cada paciente. Una vez que se obtuvieron los nombres y registros de los pacientes de las tres modalidades, se compararon con la modalidad de Consulta Externa para verificar la asistencia del período 2015-2017.

Se describirán las definiciones que se le otorgaron a la variable “Adhesión” para fines de este estudio:

Definición Teórica

- Adhesión en base a la asistencia de las citas de seguimiento (Myers LB y Midence K, 1998).

Definición Operacional

- Porcentaje de adherencia a partir del número de consultas.
- Se convirtió en variable dicotómica (mayor a 70% de asistencia “sí”, menor a 70% de asistencia “no”)

Valencia et al. (2004) para evaluar la adhesión terapéutica utilizaron el siguiente esquema de porcentajes:

Excelente	Alto	Bueno	Regular	Malo
100-90	89-80	79-70	69-60	59-50

En relación con lo anteriormente descrito, para fines prácticos de este estudio se tomó como punto de corte el 70%. Los pacientes que asistan dentro del período de tiempo 2015-2017 igual o mas del 70% de sus citas se consideró que si tuvieron adherencia y se colocó un “1”. En cambio, los pacientes que acudieron menos del 70% se consideró que no tuvieron adherencia y se colocó un “2”.

Por ejemplo en la tabla 1, si el paciente “X” de género femenino asistió a 33 de 47 citas programadas (no acudió a 14). Por lo que se tomó como PAI (Porcentaje de Adherencia Individual) un 70% que es “1” en Adherencia.

Tabla 1. Ejemplo de Adherencia

Modalidad	Nombre	Género	Edad	Tiempo (Meses)	Diagnóstico	# citas acudió	# citas no acudió	Total	PAI	Adherencia
Internamiento	X	F	20	8	Trastorno Depresivo	33	14	47	70%	1

Posteriormente se analizó el porcentaje de adherencia por modalidad, se calculó el total de citas programadas así como la temporalidad del tratamiento en meses.

Análisis de datos

Para el análisis de datos de esta investigación se utilizaron los procedimientos habituales de análisis de variables categóricas, los análisis de frecuencias, análisis de varianza de un factor, análisis de comparaciones múltiples (Pos Hoc) y por último, se aplicaron técnicas de análisis de clusters para crear grupos de pacientes según el perfil que presentaron. Los cálculos se realizaron mediante el SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences, 2010*).

Criterios de inclusión

- Hombres y mujeres que acudieron a la consulta del departamento de psiquiatría del hospital universitario en el período de tiempo 2015- 2017.
- Que en la base de datos del Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario el sujeto tenga asignado un diagnóstico en eje I de acuerdo con los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 4^a edición de texto de revisión (DSM-IV-TR) cuando acudió a la consulta.

Criterios de exclusión

- Que en la base de datos el sujeto no tenga registrada la fecha que acudió a solicitar un servicio en la consulta externa del departamento de psiquiatría del hospital universitario.
- Que no existan los datos que se solicitan para fines de este estudio

Resultados

A continuación, se describen las características demográficas de la población estudiada. En la tabla 2 se observa en Equipo de Evaluación una media de 27 años con una desviación estándar de 9, en Internamiento una media de 33 años con una desviación estándar de 15 y en Consulta Externa una media de 31 años con una desviación estándar de 17. Resultando una media general de 30 años con una desviación estándar de 16, en una población total de 424 pacientes.

Tabla 2.- Edad		n	Media	Desviación Estándar (DE)	Desv . Error	95% del intervalo de confianza para la media		Mínimo	Máximo
						Límite inferior	Límite superior		
EDAD	EQUIPO DE EVALUACIÓN	30	27.17	9.15	1.70	23.75	30.58	12	50
	INTERNAMIENTO	30	33.23	15.33	2.80	27.51	38.96	15	68
	CONSULTA EXTERNA	364	31.08	17.00	.90	29.33	32.84	3	83
	Total	424	30.96	16.47	.80	29.39	32.53	3	83

En la tabla 3 se muestra el género de nuestra población total e indica una mayor proporción de pacientes femeninos con 55.9%, seguido de los pacientes masculinos con 44.1%.

Tabla 3.- Genero		
GÉNERO	FEMENINO	Total
		237
		55.9%
	MASCULINO	187
		44.1%

Asimismo, en la tabla 4 se describen los resultados de género específicamente por modalidad. En Equipo de Evaluación con 56.7%, en Internamiento con 63.3% y en Consulta Externa con 55.2%. Por otra parte, el género masculino en vienes clínico con 43.3%, en Internamiento con 36.7% y en Consulta Externa con 44.8%.

Tabla 4.- Genero por modalidad			MODALIDAD			Total
			EQUIPO DE EVALUACIÓN	INTERNAMIENTO	CONSULTA EXTERNA	
GÉNERO	FEMENINO	n	17	19	201	237
		%	56.7%	63.3%	55.2%	55.9%
	MASCULINO	n	13	11	163	187
		%	43.3%	36.7%	44.8%	44.1%
Total		n	30	30	364	424
		%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Diagnósticos

En la tabla 5 se presentan los diagnósticos que se obtuvieron de la población total que acudió al Departamento de Psiquiatría en el período de tiempo 2015-2017. En la cual predominan el Trastorno Depresivo con 31.4%, seguido del Trastorno de Ansiedad con 16%, Trastorno Bipolar con 7.3% y Trastornos del Espectro de la Esquizofrenia y otros Trastornos Psicóticos con 6.1%, resultando los padecimientos con mayor prevalencia en nuestros pacientes.

Tabla 5.- Diagnostico psiquiatricos	
Diagnóstico	n (%)
TRASTORNO DEPRESIVO	133 (31.40%)
TRASTORNO DE ANSIEDAD	68 (16 %)
DIAGNÓSTICO O ESTADO APLAZADO EN EL EJE I	57 (13.40%)

TRASTORNO BIPOLAR	31 (7.30%)
ESPECTRO DE LA ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS	26 (6.10%)
ABUSO DE SUSTANCIAS	13 (3.10%)
SIN DIAGNÓSTICO EN EL EJE I	12 (2.80%)
TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	9 (2.10%)
TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD	9 (2.10%)
TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD	8 (1.90%)
TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO NO ESPECIFICADO	8 (1.90%)
DEMENCIA NO ESPECIFICADA	7 (1.70%)
RETRASO MENTAL	5 (1.20%)
PROBLEMAS CONYUGALES	4 (0.90%)
TRASTORNO ADAPTATIVO	4 (0.90%)
PROBLEMAS PATERNOFILIALES	4 (0.90%)
DUELO	3 (0.70%)
TRASTORNO DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS NO ESPECIFICADO	3 (0.70%)
TRASTORNO RELACIONADO CON TRAUMA Y FACTORES DE ESTRÉS	3 (0.70%)
FOBIA	2 (0.50%)
TRASTORNO DEL LENGUAJE EXPRESIVO	2 (0.50%)
TRASTORNO DELIRANTE	2 (0.50%)
TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL	2 (0.50%)
TRASTORNO AUTISTA	2 (0.50%)
TRASTORNO DE COMPORTAMIENTO PERTURBADOR NO ESPECIFICADO	2 (0.50%)
ENCOPRESIS SIN ESTREÑIMIENTO NI INCONTINENCIA POR REBOSAMIENTO	1 (0.20%)
ENURESIS (NO DEBIDA A UNA ENFERMEDAD MÉDICA)	1 (0.20%)
TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADO	1 (0.20%)
TRASTORNO DE LA IDENTIDAD SEXUAL NO ESPECIFICADO	1 (0.20%)
TRASTORNO DISOCIAL	1 (0.20%)
Total	424 (100%)

En la tabla 6 se presentan los diagnósticos con mayor prevalencia por modalidad.

Tabla 6.- Diagnostico por modalidad				
Diagnóstico	Modalidad			n (%)
	Equipo de Evaluación	Internamiento	Consulta Externa	
TRASTORNO DEPRESIVO	10 (2.40%)	14 (3.30%)	109 (25.70%)	133 (31.40%)
TRASTORNO DE ANSIEDAD	1 (0.20%)	5 (1.20%)	62 (14.60 %)	68 (16 %)
DIAGNÓSTICO O ESTADO APLAZADO EN EL EJE I	0 (0.00%)	0 (0.00%)	57 (13.40%)	57 (13.40%)
TRASTORNO BIPOLAR	8 (1.90%)	4 (.90%)	19 (4.50%)	31 (7.30%)
ESPECTRO DE LA ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS	3 (0.70%)	3 (.70%)	20 (4.70%)	26 (6.10%)
ABUSO DE SUSTANCIAS	0 (0.00%)	0 (0.00%)	13 (3.10%)	13 (3.10%)
SIN DIAGNOSTICO EN EL EJE I	0 (0.00%)	0 (0.00%)	12 (2.80%)	12 (2.80%)
TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	1 (0.20%)	1 (0.20%)	7 (1.70%)	9 (2.10%)
TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD	0 (0.00%)	1 (0.20%)	8 (1.90%)	9 (2.10%)
TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD	2 (0.50%)	0 (0.00%)	6 (1.4%)	8 (1.90%)
TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO NO ESPECIFICADO	1 (0.20%)	1 (0.20%)	6 (1.40%)	8 (1.90%)
DEMENCIA NO ESPECIFICADA	2 (0.50%)	0 (0.00%)	5 (1.20%)	7 (1.70%)
RETRASO MENTAL	2 (0.50%)	0 (0.00%)	3 (0.70%)	5 (1.20%)
PROBLEMAS CONYUGALES	0 (0.00%)	0 (0.00%)	4 (0.90%)	4 (0.90%)
PROBLEMAS PATERNOFILIALES	0 (0.00%)	0 (0.00%)	4 (0.90%)	4 (0.90%)

TRASTORNO ADAPTATIVO	0 (0.00%)	0 (0.00%)	4 (0.90%)	4 (0.90%)
DUELO	0 (0.00%)	0 (0.00%)	3 (0.70%)	3 (0.70%)
TRASTORNO RELACIONADO CON TRAUMA Y FACTORES DE ESTRÉS	0 (0.00%)	1 (0.20%)	2 (0.50%)	3 (0.70%)
TRASTORNO DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS NO ESPECIFICADO	0 (0.00%)	0 (0.00%)	3 (0.70%)	3 (0.70%)
FOBIA	0 (0.00%)	0 (0.00%)	2 (0.50%)	2 (0.50%)
TRASTORNO AUTISTA	0 (0.00%)	0 (0.00%)	2 (0.50%)	2 (0.50%)
TRASTORNO DEL LENGUAJE EXPRESIVO	0 (0.00%)	0 (0.00%)	2 (0.50%)	2 (0.50%)
TRASTORNO DELIRANTE	0 (0.00%)	0 (0.00%)	2 (0.50%)	2 (0.50%)
TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL	0 (0.00%)	0 (0.00%)	2 (0.50%)	2 (0.50%)
TRASTORNO DE COMPORTAMIENTO PERTURBADOR NO ESPECIFICADO	0 (0.00%)	0 (0.00%)	2 (0.50%)	2 (0.50%)
ENCOPRESIS SIN ESTREÑIMIENTO NI INCONTINENCIA POR REBOSAMIENTO	0 (0.00%)	0 (0.00%)	1 (0.20%)	1 (0.20%)
ENURESIS (NO DEBIDA A UNA ENFERMEDAD MÉDICA)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	1 (0.20%)	1 (0.20%)
TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADO	0 (0.00%)	0 (0.00%)	1 (0.20%)	1 (0.20%)
TRASTORNO DE LA IDENTIDAD SEXUAL NO ESPECIFICADO	0 (0.00%)	0 (0.00%)	1 (0.20%)	1 (0.20%)
TRASTORNO DISOCIAL	0 (0.00%)	0 (0.00%)	1 (0.20%)	1 (0.20%)
Total				424, (100%)

Adherencia

Como antes se mencionó, la definición operacional que se utilizó en este estudio de la variable “Adhesión” es con base al porcentaje de citas a las que acudieron los pacientes. La tabla 7 muestra el porcentaje de la media general del total de las citas acudidas, que es 68.36%. De menor a mayor frecuencia, los pacientes de Internamiento acudieron al 46.75%, de Consulta Externa un 68.86% y de Equipo de Evaluación un 83.86%. Analizando los datos y midiendo las discrepancias de las variables se obtuvo un chi cuadrada de .000, lo que indica que es significativo.

Tabla 7. Media de adherencia								
	n	Media	Desv. Estándar	Desv. Error	95%		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
EQUIPO DE EVALUACIÓN	30	83.86%	14.59%	2.66%	78.41%	89.31%	44.44%	100.00%
INTERNAMIENTO	30	46.75%	42.430%	7.74%	30.91%	62.59%	0.00%	100.00%
CONSULTA EXTERNA	364	68.86%	25.86%	1.3%	66.20%	71.53%	0.00%	100.00%
Total	424	68.36%	27.61%	1.34%	65.72%	71.00%	0.00%	100.00%

En este sentido, y respecto a la variable modalidad, observamos diferencia significativa $F(2,421)= 14.89= p<0.001$.

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	21308.240	2	10654.120	14.894	.000
Dentro de grupos	301157.160	421	715.338		
Total	322465.400	423			

Ante la existencia de estas diferencias significativas, realizamos un análisis Pos HOC a través de la prueba HSD de Tukey que se muestra en la tabla 8. En la cual, la modalidad “Equipo de Evaluación” en comparación con el resto de las modalidades de este estudio, presenta una diferencia estadísticamente significativa.

Tabla 8.- Pos HOC			
MODALIDAD	MODALIDAD	Diferencia de medias	Sig.
Equipo de Evaluación	Internamiento	37.10%*	0
	Consulta Externa	14.99%	0.01
Internamiento	Equipo de Evaluación	-37.1%*	0
	Consulta Externa	-22.11%*	0
Consulta Externa	Equipo de Evaluación	-14.99%*	0.01
	Internamiento	22.11%*	0
*. La diferencia de medias es significativa en el nivel 0.05.			

En la tabla 9 se muestra que al dicotomizar la variable “Adhesión” los pacientes que obtuvieron un porcentaje mayor o igual a 70% en la asistencia de sus citas fue el 50.2%, y los que acudieron a menos del 70% de sus citas fue el 49.8% del total de la población.

Tabla 9.- Dicotomizacion		Total
DICOTOMIZACIÓN DE ADHESIÓN GRUPAL	SI (Mayor o igual a 70%)	213
		50.2%
	NO (Menor a 70%)	211
		49.8%
Total		424
		100.0%

Analizando los datos y midiendo las discrepancias de las variables se obtuvo un chi cuadrada de .000, lo que indica que es significativo.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	17.863 ^a	2	.000
Razón de verosimilitud	19.766	2	.000
Asociación lineal por lineal	10.761	1	.001
N de casos válidos	424		

En la tabla 10 se muestra el género de nuestra población comparada con la variable “Adhesión” dicotomizada. Del género femenino se adhirieron 122, por lo que 115 no se adhirieron. Del género masculino 91 se adhirieron, por lo que 96 no se adhirieron. Se puede observar como hay una mayor población de género femenino, sin embargo, el género femenino tiende a adherirse ligeramente más que la población masculina.

Tabla 10.-Adhesion por genero

	Adhesión (n)	Si	No	Total
Género	Femenino	122	115	237
	Masculino	91	96	187
	Total	213	211	424

En la tabla 11 se muestran 9 grupos de rangos de edades de nuestra población comparada con la variable de “Adhesión” dicotomizada. Se puede observar que más del 50% de nuestra población se encuentra en los rangos de edad de 11-20 y 21-30, que son 235 pacientes de 424. Del grupo de edad de 11-20 se observa que 49 si se adhirieron pero 63 no, por lo que es el grupo que en su mayoría no se adhirió al tratamiento.

Tabla 11.- Rango de edad por genero	Adhesión (n)		
Edad	Si	No	Total
0-10	9	7	16
11-20	49	63	112
21-30	69	54	123
31-40	34	28	62
41-50	24	26	50
51-60	15	19	34
61-70	9	8	17
71-80	4	4	8
81-90	0	2	2
Total	213	211	424

Por otra parte, en el grupo de edad de 21-30 se observa que la cantidad que si se adhirió es mayor a la que no, 69 contra 54 pacientes. Por lo que resta del grupo de edades, no se observan diferencias significativas debido a que 50% se adhieren y el otro 50% no se adhiere.

En la tabla 12 se muestra el porcentaje de la dicotomización de adherencia por modalidad. Se calculó que “si” se adhirieron al tratamiento en Internamiento un 40%, Consulta Externa un 48.1% y en Equipo de Evaluación un 86.7%. En cambio “no” se adhirieron al tratamiento en Internamiento un 60%, Consulta Externa un 51.9% y en Equipo de Evaluación un 13.3%.

Tabla 12.- Dicotomizacion por modalidad						
			MODALIDAD			Total
			EQUIPO DE EVALUACIÓN	INTERNAMIENTO	CONSULTA EXTERNA	
DICOTOMIZACIÓN DE ADHESIÓN POR MODALIDAD	SI	n	26	12	175	213
		%	86.7%	40.0%	48.1%	50.2%
	NO	n	4	18	189	211
		%	13.3%	60.0%	51.9%	49.8%
Total		n	30	30	364	424
		%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Analizando los datos y midiendo las discrepancias de las variables se obtuvo un chi cuadrada de .000, lo que indica que es significativo.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	17.863 ^a	2	.000
Razón de verosimilitud	19.766	2	.000
Asociación lineal por lineal	10.761	1	.001
N de casos válidos	424		

En la tabla 13 se muestra la variable de adhesión dicotomizada en comparación al diagnóstico. Los diagnósticos que se habían mencionado anteriormente debido al alta prevalencia son los siguientes. Del trastorno depresivo 15.6% se adhiere y el 15.8% no se adhiere, del trastorno de ansiedad 9% se adhiere y 7.1% no, del trastorno bipolar 6.1% se adhiere y 1.2% no, mientras que de los trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos 2.1% se adhiere y 4.0% no.

Tabla 13.- Diagnostico por adhesión				
Diagnóstico		ADHESIÓN		Total
		SI	NO	
TRASTORNO DEPRESIVO	n	66	67	133
	%	15.6%	15.8%	31.4%
TRASTORNO DE ANSIEDAD	n	38	30	68
	%	9.0%	7.1%	16.0%
DIAGNOSTICO O ESTADO APLAZADO EN EL EJE I	n	19	38	57
	%	4.5%	9.0%	13.4%
TRASTORNO BIPOLAR	n	26	5	31
	%	6.1%	1.2%	7.3%
ESPECTRO DE LA ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS	n	9	17	26
	%	2.1%	4.0%	6.1%
ABUSO DE SUSTANCIAS	n	2	11	13
	%	0.5%	2.6%	3.1%
SIN DIAGNOSTICO EN EL EJE I	n	7	5	12
	%	1.7%	1.2%	2.8%
TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	n	4	5	9
	%	0.9%	1.2%	2.1%
TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD	n	5	4	9
	%	1.2%	0.9%	2.1%
TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO NO ESPECIFICADO	n	3	5	8
	%	0.7%	1.2%	1.9%
TRASTORNOS DE LA	n	4	4	8

PERSONALIDAD	%	0.9%	0.9%	1.9%
DEMENCIA NO ESPECIFICADA	n	6	1	7
	%	1.4%	0.2%	1.7%
RETRASO MENTAL	n	3	2	5
	%	0.7%	0.5%	1.2%
PROBLEMAS CONYUGALES	n	2	2	4
	%	0.5%	0.5%	0.9%
PROBLEMAS PATERNO-FILIALES	n	3	1	4
	%	0.7%	0.2%	0.9%
TRASTORNO ADAPTATIVO	n	2	2	4
	%	0.5%	0.5%	0.9%
DUELO	n	2	1	3
	%	0.5%	0.2%	0.7%
TRASTORNO DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS NO ESPECIFICADO	n	3	0	3
	%	0.7%	0.0%	0.7%
TRASTORNO RELACIONADO CON TRAUMA Y FACTORES DE ESTRÉS	n	1	2	3
	%	0.2%	0.5%	0.7%
FOBIA	n	1	1	2
	%	0.2%	0.2%	0.5%
TRASTORNO AUTISTA	n	0	2	2
	%	0.0%	0.5%	0.5%
TRASTORNO DE COMPORTAMIENTO PERTURBADOR NO ESPECIFICADO	n	1	1	2
	%	0.2%	0.2%	0.5%
TRASTORNO DEL LENGUAJE EXPRESIVO	n	1	1	2
	%	0.2%	0.2%	0.5%
TRASTORNO DELIRANTE	n	1	1	2
	%	0.2%	0.2%	0.5%
TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL	n	2	0	2
	%	0.5%	0.0%	0.5%
ENCOPRESIS SIN	n	1	0	1

ESTREÑIMIENTO NI INCONTINENCIA POR REBOSAMIENTO	%	0.2%	0.0%	0.2%
ENURESIS (NO DEBIDA A UNA ENFERMEDAD MÉDICA)	n	0	1	1
	%	0.0%	0.2%	0.2%
TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADO	n	0	1	1
	%	0.0%	0.2%	0.2%
TRASTORNO DE LA IDENTIDAD SEXUAL NO ESPECIFICADO	n	1	0	1
	%	0.2%	0.0%	0.2%
TRASTORNO DISOCIAL	n	0	1	1
	%	0.0%	0.2%	0.2%
Total	n	213	211	424
	%	50.2%	49.8%	100.0%

En la tabla 14 se muestra la media general y por modalidades de las citas a las que acude nuestra población en un período de tres años. Con menor frecuencia acuden a Consulta Externa con 10.79 citas, seguido de Internamiento con 35.32 citas y con mayor frecuencia a Equipo de Evaluación con 41.87 citas aproximadamente.

Tabla 14								
		n	Media	Desv. Error	95% del intervalo de confianza para la media		Mín.	Máx.
					Límite inferior	Límite superior		
TOTAL CONSULTAS	EQUIPO DE EVALUACIÓN	30	41.87	6.561	28.45	55.29	3	173
	INTERNAMIENTO	30	25.23	7.441	10.02	40.45	0	152
	CONSULTA EXTERNA	364	10.79	.830	9.15	12.42	1	157
	Total	424	14.01	1.075	11.89	16.12	0	173

Por último, en la tabla 15 se muestra la temporalidad en meses que nuestra población acude en un período de tres años. Siendo de menor temporalidad Internamiento con 1.92 meses, seguido de Consulta Externa con 4.59 meses y teniendo la mayor temporalidad Equipo de Evaluación con 10.97 meses.

Tabla 15.- Cantidad de meses			
MODALIDAD	Media (Meses)	N	Desviación estándar
EQUIPO DE EVALUACIÓN	10.97	30	8.336
INTERNAMIENTO	1.92	30	3.138
CONSULTA EXTERNA	4.59	364	6.621
Total	4.85	424	6.811

Discusión

Es de gran importancia remarcar que, en adherencia terapéutica, la evaluación de asistencia es inherente a la propia atención como un todo indisoluble, tal como menciona el autor Sirvent (2009). Además, agrega que los indicadores asistenciales incorporan habitualmente los conceptos “abandono” como sinónimo de fracaso y “adherencia” como equivalente de cumplimiento terapéutico. Explica que, desde un punto de vista ético, es función y responsabilidad de los clínicos ayudar a los pacientes a obtener lo necesario (de acuerdo a su diagnóstico) para estar mejor —eficacia— y con el menor coste de tiempo, esfuerzo y recursos —eficiencia. Por lo que en este estudio, a través de la asistencia a las citas programadas, se pudo obtener la adherencia al tratamiento de nuestra población. Sin embargo, es esencial continuar investigando sobre las motivaciones de los pacientes, ya que, como se menciona anteriormente, es un deber ético ofrecer un servicio eficaz y eficiente en el que ambas partes estén comprometidas.

Killapsy et al.(2000) en su investigación menciona que la falta de asistencia en consulta externa es un problema grave en términos clínicos y económicos. Explicando que en psiquiatría existe la preocupación particular de que la falta de asistencia y la subsiguiente pérdida de seguimiento pueden representar un deterioro del estado mental y, por lo tanto, indicar un posible riesgo de daño para el paciente o para otros. Esto indica un costo emocional, económico y físico tanto para los clínicos como para los pacientes y personas que les rodean. En la misma línea, se informa que los pacientes recién dados de alta que no asisten a las citas de seguimiento tienen un aumento de dos a tres veces en la tasa de reingreso en comparación con los que permanecen en contacto con los servicios y siguen asistiendo. En su estudio en un total de 1678 de citas de seguimiento, a 982 asistieron y a las demás no, por lo que el porcentaje de citas a las que no se acudió fue del 40%. Similar a nuestra población, en la que el 49.8% de nuestros pacientes se encuentran en la

categoría de “no adherencia”. Además, la tasa de “no asistencia” a los servicios psiquiátricos es el doble de la mayoría de las otras especialidades médicas.

En un estudio realizado por Gunzler et al. (2017) en el que miden la asistencia de pacientes con un trastorno mental comórbido con diabetes, concluyen que la falta de asistencia a las citas programadas son una preocupación importante para los clínicos, los sistemas de atención médica y otras partes interesadas. Esto, debido a que se ha comprobado que provoca un desperdicio de recursos, es una situación recurrente y está asociada a resultados de salud deficientes. La adherencia a las citas clínicas programadas es particularmente importante para los pacientes con afecciones médicas graves y comórbidas, médicas y mentales, ya que la asistencia es fundamental para facilitar la planificación adecuada de un tratamiento.

En un metaanálisis de la American Psychological Association realizado por Defife et al. (2010) tienen como objetivo valorar la falta de asistencia en la práctica clínica. Mencionan en su estudio que autores como Macharia y Leonard (1992) concluyeron que en su población la tasa de asistencia de cumplimiento es de solamente 58%. Asimismo, en nuestra población el 50.2% asiste a más del 70% de sus citas programadas. Sin embargo, al momento de valorar los autores su propia población, explican que en un total de 2,338 citas de psicoterapia programadas durante el estudio, 85% de las citas fueron completadas. Por una parte, se puede observar como la población del Departamento de Psiquiatría en general se comporta similar a la de los autores Macharia y Leonard, sin embargo, al comparar nuestro servicio de Equipo de Evaluación en el que un 86.7% de los pacientes asisten a más del 70% de sus citas se comporta similar al de la población de los autores. Se puede concluir que es esencial que exista un seguimiento de este estudio y valorar la importancia del servicio que ofrecemos de Equipo de Evaluación, debido a que la mayoría de los pacientes asisten a sus citas de seguimiento en comparación a los demás servicios.

Gunzler et al. (2017) explican que en su estudio, la información demográfica es consistente con la asociación en la literatura que existe entre de la falta de adherencia en la salud mental que incluye una menor edad, ser del género masculino y ser una minoría en la población. De la misma manera que en nuestra población, que los hombres de menor edad tienen menos adherencia que el resto.

En relación con la literatura y diagnósticos, Defife et al. (2012) explica en su estudio que la gravedad psiquiátrica ha demostrado vínculos con las tasas de citas perdidas, pero principalmente en los extremos del espectro sintomático; es más probable que los pacientes que están gravemente enfermos o aquellos que tienen menos sintomatología y dificultades interpersonales pierdan las citas programadas en su tratamiento. En la misma línea Sirvent (2009) explica que el fracaso terapéutico y el abandono prematuro del tratamiento en salud mental es excesivamente alto. En relación a pacientes psicóticos, en una encuesta dirigida a 651 psiquiatras españoles, 240 familiares y 391 pacientes con el objetivo de profundizar en el conocimiento de la falta de conciencia de la enfermedad en pacientes con esquizofrenia y su relación con la falta de adherencia terapéutica y su satisfacción con el tratamiento. Los resultados del estudio muestran que el 71% de los psiquiatras encuestados afirmaban que la mayoría de sus pacientes padecían falta de conciencia de la enfermedad y que un 96% de sus pacientes habían abandonado alguna vez su tratamiento por voluntad propia cuando éstos consideraban encontrarse bien.

Los resultados son acordes con los hallazgos de otros autores y nuestra población, lo que confirma la universalidad del incumplimiento en los pacientes psicóticos. Debido a que hay mayor probabilidad que después del primer episodio dejen de acudir a sus citas. Por el contrario, la probabilidad de recaída en pacientes que acuden a sus citas es baja, de lo que se infiere que debemos brindar atención especial y realizar intervenciones que promuevan que asistan a sus citas después del primer episodio.

En pacientes con adicciones, entre un 20 y un 57% de los pacientes no vuelven a terapia después de la primera sesión y entre el 31 y 56% no completan más de 4 sesiones. Similar a los pacientes psicóticos, se debe intervenir de manera distinta con estos pacientes para que tengan una menor tasa de recaída. Actualmente en nuestra población 30% de los pacientes no acudieron a ninguna cita después de internamiento, siendo un porcentaje alarmante debido al costo económico y emocional que causa tanto en el paciente y personas. Respecto a los trastornos de la personalidad, S. Monzón Peña et al.(14), en un meta análisis sobre adherencia al tratamiento sobre 243 artículos encuentra que la presencia de trastornos de personalidad se relaciona con tasas más bajas de adherencia y mayor dificultad para modificar actitudes sobre la medicación.

En el estudio de Gunzler et al. (2017) en relación a diagnóstico, explica que las personas con enfermedades mentales graves como esquizofrenia, el trastorno bipolar y la depresión grave o recurrente tienen un riesgo particularmente alto de una mala adherencia a los tratamientos recomendados y las citas clínicas de salud mental. Estima que dos tercios de las hospitalizaciones para pacientes de Medicaid con esquizofrenia solo se deben a una mala adherencia y cuestan más de \$1.5 mil millones de dólares al año. El diagnóstico psiquiátrico, la gravedad de los síntomas psiquiátricos y la comorbilidad se tomaron en cuenta para el análisis de asistencia de citas de seguimiento de este estudio. El cuarenta y ocho por ciento de los participantes tenía un diagnóstico de depresión mayor, 27% de trastorno bipolar y 25% de esquizofrenia de una n de 200. De igual manera tanto en nuestra población como en el estudio realizado por Killapsy y colaboradores (2000), así como Ramucklen y colaboradores (2018) los diagnósticos de mayor prevalencia son trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastorno bipolar y esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo.

Ramucklen et al. (2018) describe que se han encontrado en la literatura

posibles razones por dejar de asistir a las citas, y estas incluyen: olvido de los pacientes, compromisos de trabajo, no tener transporte y cuestiones financieras.

Conclusión

En conclusión, nuestros resultados reportados en relación con la información demográfica, diagnóstica y de adherencia al tratamiento son similares a los de la literatura revisada. Se observa que en población psiquiátrica la tasa de adherencia al tratamiento es muy baja y que incluso es de las especialidades médicas en las que existe menor probabilidad de adherirse. Fue de gran importancia estudiar sobre las distintas modalidades que se encuentran en el Departamento de Psiquiatría y agregar la variable de adherencia al tratamiento, debido a que se invierten recursos económicos y humanos para poder brindar el mejor servicio, si existen alternativas para poder mejorar debemos tomarlas. Con la información obtenida, la siguiente tarea es supervisar y analizar de las distintas modalidades que se ofrecen, las intervenciones que se están realizando correctamente y en qué se puede mejorar. Esto, para que los pacientes puedan obtener un mejor servicio con una mayor adherencia.

Es de gran importancia continuar con la investigación y saber específicamente los motivos de nuestra población por los cuales dejan de asistir a las consultas. Una vez estudiando las modalidades y motivaciones de los pacientes por asistir o dejar de asistir, se obtendrá mas conocimiento al respecto y así podremos llevar a cabo tratamientos con mas éxito. Sin embargo, se tiene que tomar en cuenta también que hay cuestiones meramente del paciente y tiene que existir responsabilidad por su tratamiento, pero si por nuestra parte se pueden generar mejores estrategias y optimizar nuestros recursos debemos encaminarnos para poder lograrlo.

Limitaciones

Este estudio es el primero en realizarse en el Departamento de Psiquiatría y proporcionar datos e información sobre adherencia al tratamiento. Debido a que las modalidades que se ofrecen son distintas a la de otros servicios psiquiátricos del país, se encontró con la dificultad de encontrar información relevante sobre las modalidades en lo individual.

En las bases de datos no se encontró información sobre el alta de los pacientes. Asimismo, las bases de datos son realizadas y actualizadas por los residentes, por lo que hay ocasiones en que la información no es la correcta o que existan errores de los datos brindados tanto por el paciente como por el residente.

Aspectos Éticos

De acuerdo con el artículo 23 del reglamento de la ley general de la salud en materia de investigación el presente estudio no presenta ningún riesgo a la salud de ninguno de nuestros pacientes por ello no es necesario el uso de consentimiento informado por escrito

Precauciones para garantizar la seguridad de los sujetos en el Estudio

Este estudio no contempla hacer ninguna intervención con paciente alguno, ya que nuestro material de trabajo e investigación será la base de datos de pacientes que se tiene en el departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario de Monterrey de los años 2015 al 2017. No se usarán nunca datos que puedan permitir, que algún sujeto que haya consultado en el periodo de tiempo determinado pueda ser identificado.

Responsabilidades del Investigador

El investigador es responsable de asegurar que el estudio clínico se realice de acuerdo con el protocolo, con los lineamientos vigentes de las Buenas Prácticas Clínicas (GCP) de la ICH, y con los requerimientos regulatorios aplicables y específicos del país.

Las Buenas Prácticas Clínicas es una norma internacional de calidad ética y científica para el diseño, realización, registro y presentación de reportes de estudios que involucran la participación de sujetos humanos. El apego a esta norma supone una garantía pública de que los derechos, la seguridad y el bienestar de los sujetos de un estudio están protegidos, de acuerdo a los principios que se originaron en la Declaración de Helsinki, y que los datos de los estudios clínicos son verosímiles.

Privacidad de los datos personales

El uso y procesamiento de los datos personales de los sujetos que acudieron a consultar al departamento de psiquiatría del hospital universitario de Monterrey, durante los años 2015-2017 y que serán usados para el presente estudio, se limitará a aquellos datos que sean necesarios para cumplir con los objetivos del estudio. Estos datos deben recopilarse y procesarse tomando las precauciones adecuadas para garantizar la confidencialidad y el cumplimiento de las leyes y regulaciones de protección de la privacidad de los datos aplicables. Se deben tomar medidas técnicas y organizacionales para proteger los datos personales y evitar su divulgación o el acceso no autorizado, la destrucción accidental o ilícita, o la pérdida accidental o la alteración.

Los sujetos tienen derecho de solicitar al departamento de psiquiatría del hospital universitario, el acceso a sus datos personales y tiene el derecho de solicitar la rectificación de los datos que no sean correctos o que no estén completos. Se tomarán las medidas razonables para responder a dicha solicitud, tomando en cuenta la naturaleza de la solicitud, las condiciones del estudio, y las leyes y reglamentos aplicables.

Bibliografía

- Alonso, M., Álvarez, J., Arroyo, J., Ávila, L., Aylón, R., Gangoso, A., Martínez, H., Mateo, C., Morera, T., Pérez, A., Rodríguez, C., Saiz, L., Sevillano, M. and Siguín, R. (2017). [online] Salud Madrid. Disponible en: <http://www.infodoctor.org/notas/NF-2006-8.pdf> [Acceso 7 Nov. 2017].
- Buchanan A. (1992). A two-year prospective study of treatment compliance in patients with schizophrenia. *Med*; 22: 787-797.
- Cardoso L, Miasso AI, Galera SAF, Maia BM, Esteves RB. (2011). Grado de adhesión y conocimiento sobre tratamiento psicofarmacológico entre pacientes egresados de internación psiquiátrica. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/es_12.pdf
- Comas, D. (2008). La Metodología de la Comunidad Terapéutica: Una Apuesta al Futuro. *Revista Española de Drogodependencia*, 33 (3), 238- 245. [Acceso 7 Nov. 2017] disponible en: http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/22392/v33n3_ed.pdf?sequence=1.
- Defife, J., Conklin, C., & Smith, J. (2010). Psychotherapy appointments no shows: rates and reasons. *Psychotherapy Theory, Research, Practice Training*, Vol:47, No. 3, 413-417.
- DiMatteo MR, Giordani PJ, Lepper HS. (2002). Patient adherence and medical treatment outcomes: a meta-analysis. *Med Care*; 40:794–811.
- Gunzler, D., Morris, N., Dalton, J., McCormick, R, et al. (2019). Clinic appointment attendance in adults with serious mental illness and diabetes.

(2019). Am J Health Behav; 41 (6); 810-821.

Haynes RB, McDonald AX, Montague P Interventions for helping
H, Garg

patients to follow prescriptions for medications. Systematic Reviews, Issue 2

Killapsy, H., Banerjee, S., King, M., & Lloyd, M. (2000). Prospective
controlled study of psychiatric out-patient non attendance. British Journal
of Psychiatry, 176, 160-165.

López M, Laviana M. (2006). Los hospitales psiquiátricos en la(s) reforma(s).
Notas para orientar una investigación necesaria. En: Pérez F (Coord). Dos
décadas tras la reforma psiquiátrica. AEN.

McNicholas F. (2012) To adhere or not, and what we can do to help. Eur Child
Adolesc Psychiatry 21(2): 657-663.

Myers, L. B., & Midence, K. (Eds.). (1998). Adherence to treatment in medical
conditions. Amsterdam, Netherlands: Harwood Academic Publishers.

Olivos P, Kunstmann G., Rivas C., Valenzuela M. (1989). El Centro Psiquiátrico
Irrarázaval, una Estructura en la Comunidad para apoyo y tratamiento del
paciente psiquiátrico crónico. Rev. de Psiquiatría VI: 35 - 40.

Pfizer.es. (2017). Pfizer. [online] Disponible en: https://www.pfizer.es/docs/pdf/asociaciones_pacientes/2009/FOROpfizer_2009.pdf [Acceso 7 Nov. 2017].

Ramucklen, L., & Sibiya, M. (2018). Frequency and reasons for missed
appointments of outpatient mental health care users in the
uMgungundlovu district. Curaciones; 41 (1): 1835.

Salinas Cruz E, Nava Galán M. (2012). Adherencia terapéutica. Enf Neurol
(Mex). [citado 27 Oct 2014];11(2):102-4.

Sarah Knox , Noah Adrians , Eric Everson , Shirley Hess , Clara Hill & Rachel

- Crook- Lyon (2011). Clients' perspectives on therapy termination, *Psychotherapy Research*, 21:2, 154-167.
- Sirvent, C. (2009). Fracaso, abandono y cumplimiento terapéutico. *Norte de Salud Mental* n 33; 51-58.
- Valencia, M., Ortega-Soto, H., Rodríguez, M., & Gómez, L. (2004). Estudio comparativo respecto a consideraciones clínicas y psicoterapéuticas en el tratamiento biopsicosocial de la esquizofrenia. 2da parte. *Salud Mental* Vol. 27, No. 4.
- Velázquez, A., Sosa, J., Carmen, M., & Sentíes, H. (2013). El abandono del tratamiento psiquiátrico: Motivos y contexto institucional. *Revista de Psicología*, 18 , 315-340.
- Who.int. OMS (2017). El incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran envergadura. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/es/> [Acceso 7 Nov. 2017]

The Cochrane Database of

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

Nancy Belinda Moreno Cárdenas

Candidata para el Grado de
Maestría en Psicoterapia Clínica y Hospitalaria

Tesis: Adhesión al tratamiento en pacientes psiquiátricos en el Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” Universidad Autónoma de Nuevo León, durante los años 2015 al 2017.

Campo de Estudio: Salud Mental

Biografía:

Datos Personales: Nacida en Monterrey, Nuevo León el 7 de abril de 1993, hija de Arturo Moreno Garza y Nancy Belinda Cárdenas Leal.

Educación: Egresada del Tecnológico de Monterrey, campus Monterrey obteniendo el título de Licenciatura en Psicología Clínica y de la Salud en el 2016.